INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

Valledupar, 24 de julio del 2025

Señor:
CINDY VANESSA LEAL AROCA
Dirección: CRA 36ª 19B -14
Teléfono:3217818243
Correo electrónico: lealcindy028@gmail.com
Valledupar, Cesar

ASUNTO: INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA.

La Empresa Industrial y Comercial del Estado Área Metropolitana de Valledupar – E.I.C.E. A.M.V., a través de del Área Administrativa y Financiera se permite invitarlo a presentar propuesta para que desarrolle el objeto contractual que la empresa pretende contratar: "Prestación de servicios de apoyo como auxiliar administrativo para el desarrollo de actividades de archivo, gestión documental y atención al público, de conformidad con las necesidades de la Empresa Industrial y Comercial del Estado del Área Metropolitana de Valledupar EICE-AMV

De acuerdo a los parámetros que a continuación se detallan:

ALCANCE DEL OBJETO Y/O DESCRIPCION DEL REQUERIMIENTO.

En desarrollo del objeto que se pretende ejecutar, el contratista deberá realizar las siguientes actividades:

ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

El contratista, una vez presentada, evaluada y seleccionada la propuesta tendrá las siguientes obligaciones:

1.Apoyar la recepción de la correspondencia, documentos, comunicaciones y solicitudes que ingresen a la E.I.C.E. Área Metropolitana de Valledupar.

2.Apoyar la radicación de los documentos recibidos y enviados, conforme a los procedimientos y controles establecidos por la entidad.

3.Apoyar la clasificación de la documentación de acuerdo con su asunto, dependencia, proyecto, contrato o serie documental correspondiente.

4.Apoyar la organización física y digital de los documentos que se generen o reciban en desarrollo de las actividades institucionales.

5.Apoyar la digitalización de expedientes, comunicaciones, contratos, informes, actas y demás documentos que le sean asignados.

6.Apoyar la conformación, actualización y organización de los expedientes contractuales, administrativos y técnicos de la entidad.

7.Apoyar la foliación, rotulación, identificación y ordenación cronológica de los documentos que integran los expedientes.

8.Apoyar la aplicación de las tablas de retención documental y demás instrumentos archivísticos adoptados por la entidad, siguiendo las instrucciones del funcionario competente.
9.Mantener actualizados los controles de préstamo, consulta, devolución y ubicación de los documentos y expedientes.

10.Apoyar la custodia y conservación preventiva de la documentación física y digital que se encuentre bajo su manejo.

11.Informar al supervisor del contrato sobre documentos extraviados, deteriorados, incompletos, duplicados o ubicados en expedientes que no correspondan.

12.Apoyar la búsqueda, ubicación y suministro de documentos requeridos por las diferentes áreas de la entidad, previa autorización del funcionario competente.

13.Apoyar la recepción, atención y orientación inicial de los ciudadanos, contratistas, proveedores y demás usuarios que acudan a la entidad

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con el objeto contractual.
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.
3. Responder en los plazos que la empresa E.I.C.E-AMV, establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.
4. Mantenerse al día en el pago de las obligaciones del Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, relativos al pago de contribuciones parafiscales y aportes a los regímenes de seguridad social en salud y pensiones. Esto deberá acreditarlo con los respectivos soportes de pago.
5. Atender los requerimientos, instrucciones y/o recomendaciones que durante el desarrollo del Contrato le imparte la empresa E.I.C.E-AMV el AMV a través del supervisor del mismo, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones.
6. Guardar estricta reserva sobre toda la información y documentos que tenga acceso, maneje en desarrollo de su actividad o que llegue a conocer en desarrollo del contrato y que no tenga el carácter de pública.
7. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
8. Cumplir con los requerimientos del supervisor del contrato.
9. Cumplir con la buena calidad del bien solicitado.
10. Ejecutar las demás actividades que sean necesarias para lograr un total y fiel cumplimiento del objeto, el alcance y las obligaciones contractuales, aunque no estén específicamente señaladas en el presente documento, siempre y cuando las mismas correspondan a la naturaleza y objeto del Contrato.
11. Pagar los impuestos si a ello diere lugar.
11. Asumir a través de la suscripción del contrato, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, siempre que se verifique el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.
13. Satisfacer las demás obligaciones a su cargo que se deriven de la naturaleza del contrato y de las exigencias legales.
14. Afiliarse a la ARL y efectuar los pagos correspondientes.
15. Presentar informe parcial y/o final sobre el cumplimiento del objeto contractual al supervisor del contrato para que le sea expedida la certificación del cumplimiento del mismo, documento indispensable para el pago.
16. Comunicar a la E.I.C.E-AMV el número de una cuenta corriente o de ahorros en una entidad financiera y/o en caso de no tenerla, efectuar la constitución y apertura de una cuenta de ahorros, para la realización de los pagos mensuales de servicios por consignación.

17. Publicar de forma mensual en la plataforma del Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II los informes y/o productos de ejecución contractual, con los soportes, si hubiere lugar a ellos, de acuerdo con lo estipulado en la Ley 1712 de 2014, o en la plataforma que corresponda.
18. Las demás contenidas en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, y normas concordantes vigentes que sean aplicables, y aquellas obligaciones que se desprendan de la naturaleza contractual.

OBJETO A CONTRATAR: Prestación de servicios de apoyo como auxiliar administrativo para el desarrollo de actividades de archivo, gestión documental y atención al público, de conformidad con las necesidades de la Empresa Industrial y Comercial del Estado del Área Metropolitana de Valledupar EICE-AMV

VALOR DEL CONTRATO: : El valor del Contrato se fija en la suma **OCHO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE ($8.800.000)** que La Empresa Industrial y Comercial Del Estado Área Metropolitana De Valledupar pagará **CUATRO (04)** pagos iguales mensuales por valor de **DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS MCTE ($2.200.000),** previa certificación del supervisor del cumplimiento de las actividades según el informe presentado de acuerdo con los estándares de calidad y contenido que éste hubiere indicado y acreditación del pago de seguridad social integral correspondiente de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

DURACIÓN: El plazo de ejecución del contrato a celebrar es de **CUATRO (4) MESES,** siguientes a la Expedición del Registro Presupuestal y la suscripción del acta de inicio.

LUGAR DE EJECUCIÓN: La ciudad de Valledupar.

SUPERVISIÓN: La supervisión del contrato será ejercida por el profesional encargada Área operativa y de proyectos de la Empresa Industrial y Comercial del Estado Área Metropolitana de Valledupar – EICE-AMV, en el marco de su régimen especial de contratación y de conformidad con los principios de transparencia, responsabilidad y eficacia que rigen la gestión contractual, y tendrá a su cargo las siguientes funciones: a) Vigilar la correcta y oportuna ejecución del contrato; b) Informar a quien corresponda de los incumplimientos e irregularidades que puedan presentarse durante el cumplimiento del mismo; c) Elaborar las actas de inicio, terminación y liquidación del contrato para la posterior suscripción por las partes; d) Certificar el cumplimiento del contratista, previa rendición de los informes; e) Verificar que el contratista esté a paz y salvo el sistema de seguridad social integral y con sus obligaciones parafiscales; f) Las demás inherentes a la función desempeñada. Las demoras que surjan por presentación inoportuna de la factura o falta del lleno de los requisitos para la realización del pago correspondiente, serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello derecho al pago de intereses, indemnizaciones o compensaciones de ninguna naturaleza.

INDEMNIDAD: El contratista se obliga a mantener indemne de cualquier reclamación proveniente de terceros, que tenga como causa las actuaciones del contratista.

LIQUIDACION. La liquidación del presente contrato no será obligatoria de acuerdo con lo previsto en el artículo 217 del decreto 19 de 2012, Manual de Contratación de la empresa lo que implica que solo en caso de una terminación anticipada o en trabamientos en su ejecución, se podrá hacer la liquidación para salvaguardar las obligaciones entre las partes y la empresa E.I.C.E-AMV, podrá liquidar el contrato conforme a lo preceptuado en el Artículo 11 de la ley 1150 de 2007.

LEGALIZACION DEL CONTRATO A CELEBRAR.

Una vez suscrito el contrato, el Contratista deberá para su ejecución: entregar la documentación requerida y a su vez dar cumplimiento a los requisitos exigidos por el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.
ENTREGA DE LA PROPUESTA.

La propuesta deberá entregarse por parte del contratista con los documentos exigidos para este tipo de contratación de conformidad con la norma existente.

SOLICITUD DE DOCUMENTOS: En ocasión al proceso de contratación del asunto de la referencia, la empresa E.I.C.E-AMV, requiere del aporte de los siguientes documentos para poder seguir con el trámite precontractual:

- ✓ Antecedentes disciplinarios de la Procuraduría.
- ✓ Antecedentes disciplinarios de la Contraloría.
- ✓ Antecedentes Judiciales.
- ✓ Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía, Ampliada.
- ✓ Certificación de aportes a Seguridad Social.
- ✓ Hoja de Vida de la Función Pública persona natural.
- ✓ Formato único de declaración juramentada de bienes y renta.
- ✓ Registro único tributario.
- ✓ Examen de Salud Ocupacional Vigente.
- ✓ Hoja de vida del SIGEP.
- ✓ Registro de Medidas Correctivas.

Atentamente,

GINA VANESSA MORENO CUELLAR
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
ÁREA OPERATIVA Y DE PROYECTOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Leal	Aroca	Cindy Vanessa

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1065656759	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 16 MES 08 AÑO 1993		Cra 36a#196-14		
PAÍS	Colombia	PAÍS	Colombia	DEPTO	Cesar
DEPTO	Cesar	MUNICIPIO	Valledupar		
MUNICIPIO	Valledupar	TELÉFONO		EMAIL	clealaroca@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO Bachiller			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	X 11°	MES	12	AÑO	2009

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
Un	10	X		Microbiologa	12	2020	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día		Mes		Año		Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA						DIRECCIÓN					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO						CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO						DIRECCIÓN					

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
EXPERIENCIA DOCENTE		

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE, SI__ NO__ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Valledupar, Cindy Leal Aroca

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

INSTITUCION EDUCATIVA NACIONAL LOPERENA

VALLEDUPAR - CESAR

Acta Individual de Grado

En Valledupar el 3 de Diciembre del año 2009, se reunieron el Rector y la Secretaria con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado de la **Institución Educativa Nacional Loperena**, establecimiento de naturaleza oficial, carácter mixto reconocido por la Secretaría de Educación Municipal en sus Niveles de Preescolar, Básica Secundaria, y Media Académica, según Resolución No. 0004 del 14 de Febrero de 2007.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a proclamar y otorgar el título de:

BACHILLER ACADEMICO

Al graduando, cuyos nombres, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación:

CINDY VANESSA LEAL AROCA

T.I. 93081G-00935 DE VALLEDUPAR

Es fiel copia tomada del Acta General No. 145 que consta de 186 graduandos, comienza con el nombre de ISABEL CRISTINA ARENAS MENDEZ y cierra con el nombre de KAROLYN JOSEPH VANEGAS VANEGAS.

Se firma por quienes intervinieron en cumplimiento de la Ley 115 Decreto Reglamentario 1860 de 1994.

La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa

Nacional Loperena

Monumento Nacional

Valledupar - Cesar

Reconocida oficialmente por la Secretaria de Educación Municipal, según Resolución No. 0004 del 14 de Febrero de 2007.

Confiere a

Cindy Vanessa Leal Aroca

Identificado(a) con T.I. No. 930816600935 Expedido en Valledupar

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los Estudios Correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional P.E.I.

Rector,

Secretaria General,

Scanned by CamScanner

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 21/07/2026 05:58:34 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1065656759** y Nombre: **CINDY VANESSA LEAL AROCA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **144252823** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299786264

PIB
17:52:23

Bogotá DC, 21 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CINDY VANESSA LEAL AROCA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1065656759:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:43:41 PM horas del 21/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1065656759**

Apellidos y Nombres: **LEAL AROCA CINDY VANESSA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 21 de julio de 2026, a las 17:36:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1065656759
Código de Verificación	1065656759260721173612

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Cindy Vanessa Leal Aroca

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1065656759 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Cesar	Valledupar

Dirección	Teléfonos
Cra 36a #195-14	3217818243

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Maritza Aroca Tancel	49.764092	Madre
José Gregorio Leal Guerrero	8532548	Padre
Zahir Ricardo Tobón Leal	1066892251	hijo
Alondra Tobón Leal	1066903384	hija

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	8'000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	1'600.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	0 -
ARRIENDOS	0 -
HONORARIOS	0 -
OTROS INGRESOS Y RENTAS	0 -
TOTAL	$ 9'600.000 -

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Nequi	Depósito de ahorro	3006410547	Medellín	0
DaviPlata	Depósito de ahorro	3006410547	Bogotá	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Tarjeta de Credito Banco de bogota	Tarjeta de credito	700.000
BBVA	Tarjeta de Credito	2'000.000
Banco serfinanta	Tarjeta de credito	1'500.000

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
No aplica.	

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: SI ~~NO~~ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN
Ninguna	

3. FIRMA

Cindy Leal A.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

30379191

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 516011

FECHA DE RADICACIÓN: 27 07 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: A1529

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: LEAL | SEGUNDO APELLIDO: AROCA | PRIMER NOMBRE: CINDY | SEGUNDO NOMBRE: VANESSA

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN MS PAS TI CC CE RC AS PT — CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065656759
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] — Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | CESAR (DEPARTAMENTO) | VALLEDUPAR (MPIO)
15. FECHA NACIMIENTO: 16 08 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. CABILDO INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL: | GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: COLMENA
23. AFP: PROTECCIÓN
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: CRA 14 11 27
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3006411047
CORREO ELECTRÓNICO: CLEALAROCA@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: CESAR
MUNICIPIO/ DISTRITO: CURUMANI
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 20440

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI CC CE RC AS PT
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] — Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DIA	MES	AÑO
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

Datos complementarios del Beneficiario			43. ESTADO AL PRESENTAR LA NOVEDAD	44. TIENE ENCUESTA SISBEN?		45. CLASIFICACIÓN SISBEN		46. DISCAPACIDAD		47. PERTENECE A POBLACIÓN PENSIONADO		48. Datos de residencia		ZONA			
43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. CABILDO		SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	SI	NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO (DIFERENCIAL)	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A ELEGIR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social
56. Tipo documento de identificación: NI TI CC CE RC PA CD PT
57. Número del documento de identificación
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: DIRECCIÓN | TELÉFONO FIJO O CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/DISTRITO

D. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: ____
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: ____
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAIS I. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO
A) MISMO REGIMEN
B) DIFERENTE REGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI CC CE RC NUIP PAS CD PT — NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] — Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 27 07 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAUSA DE CANCELACIÓN FAMILIAR Y PÉRDIDA DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezcas comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los hombres regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI CC CE RC CD PT — NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Cindy Leal

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN MS PAS TI CC CE RC AS PT CD AS PT — Cantidad: — Total
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio: ____ Código del departamento: ____
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC CE PT — NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DIA MES AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DIA MES AÑO

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, CINDY VANESSA LEAL AROCA identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. CC N.C. C.D. P.E. P.T.

número 1065656759 de VALLEDUPAR, certifico que:

1 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐	Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3006411047 y/o correo electrónico: CLEALAROCA@GMAIL.COM SÍ☐ No☐ Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐ Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐
2 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☐ No☐	
3 ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐	
4 ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐	
5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐	

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente, Cindy Leal

Firma: _____
Tipo ID: CC No. ID: 1065656759
Fecha de Solicitud: 27/07/2026
Direccion: CRA 14 11 27
Tel: 3006411047 Municipio: CURUMANI
Departamento: CESAR
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A. en sujecion a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ X / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ / NO X
INDEPENDIENTE	COLMENA	PROTECCIÓN	1750905				

Nivel de Escolaridad									
Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐	Posicion Ocupacional	Patrón/Empleador X	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado	Inicio Contrato 27/07/2026		Fin Contrato	
Básica Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica X	Maestría ☐	Aprobado ____				

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 800 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación NIT / P.A. / C.C. / T.I. / C.E. / C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA
Madis E. Sanchéz Buelvas	A1529		

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LEAL AROCA CINDY VANESSA** identificado(a) con **CC** número **1.065.656.759** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de julio de 2019 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 27 de julio de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**



FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1993
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-OCT-2011 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.065.656.759
LEAL AROCA
APELLIDOS
CINDY VANESSA
NOMBRES
cindy leal
FIRMA

develop app
what's on your mind?

HACE CONSTAR QUE:

La señora **Cindy Vanessa Leal Aroca,** identificada con cedula de ciudadanía No. **1.065.656.759** de Valledupar, presto servicios en el área de Gestión Documental nuestra empresa desde 11 de noviembre hasta el 10 de Mayo de 2025, mostrando responsabilidad y respeto, bajo la modalidad de contrato prestación de servicios, realizando las siguientes actividades específicas:

- Elaboración de inventarios en estado natural.
- Rotulación de cajas.
- Organización de documentos.

Se expide en Barranquilla a los 21 días del mes de julio de 2026.

ALEJANDRA BARRIOS MENDOZA

GERENTE DE RECURSOS HUMANOS

Teléfono: 324 2070488
Correo: administracion@developapp.cp
Dirección: Carrera 44 # 82-11, piso 02 oficina
www.developapp.co

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

141203641282

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

(415)7707212489984(8020) 000014120364128 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 6 5 6 5 6 7 5 9 4		Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	Tipo de documento	Número de identificación	
25.	26.		
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 6 5 6 5 6 7 5 9	

Lugar de expedición	28. País	Departamento 30.	Ciudad/Municipio
29.			
COLOMBIA	1 6 9 Cesar	2 0	Valledupar 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEAL	AROCA	CINDY	VANESSA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9 Cesar	2 0 Valledupar 0 0 1

41. Dirección principal: BRR URBANIZACION SANTORINI

42. Correo electrónico: clealaroca@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 0 0 6 4 1 0 5 4 7 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad principal	Actividad económica Actividad secundaria	Otras actividades	Ocupación	52. Número
46. Código / Fecha inicio actividad	Código / Fecha inicio actividad	Código 1 2	Código	establecimientos
47.	48. 49. 50.	51.		

8 5 2 2 2 0 2 5 0 9 0 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

55. Forma	56. Tipo	Servicio Exportadores		
		1	2	3

57. Exportadores

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de no serlo o de inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

59. Anexos SI [ ] NO [X]

Firma del solicitante:

Para uso exclusivo de la DIAN

No. Folios: 0

Fecha: 2025-09-02 / 05:00:53PM

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: LEAL AROCA CINDY VANESSA

985. Cargo: Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Nequi

(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Martes, 21 de julio de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que CINDY VANESSA LEAL AROCA identificado con cédula de ciudadanía 1065656759, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3006410547	87081719615	ACTIVA	26-08-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

Defensor Consumidor Financiero: Maria Adelayda Calle - defensor@bancolombia.com.co - Cr 48A #18A 14, Piso 9 - Medellín - Tel: +57 (604) 3561225

Fogafín Seguridad para tu ahorro
Producto protegido por el Seguro de Depósitos
www.fogafin.gov.co

Paciente	CINDI VANESSA LEAL AROCA			**Identificacion**	1065656759
Direccion	MZ 3 CASA 82 SANTORINI			**Ciudad**	VALLEDUPAR
Teléfono	3006410547	**Asegurador**	PARTICULAR VALLEDUPAR		
Est. Civil	Union Libre	**Sexo:**	F	**Edad:**	32 años 11 meses y 6días (16/08/1993
Ocupación:	No se tiene Informacion	**Acompañante:**			
Responsable:					

VISIOMETRIA

No.: 7986555 **Edad del paciente:** 32 años 11 meses y 6días **Fecha de la nota:** 22/07/2026 12:11:39 p. m.

DATOS PERSONALES

EMPRESA CONTRATANTE	EMPRESA EN MISIÓN	CARGO
N/A	N/A	ADMINISTRATIVA EN GESTION DOCUMENTA
ÁREA O SECCIÓN		
ADMINISTRATIVA		

TIPO DE EXAMEN	TIPO DE APTITUD
PREOCUPACIONAL	APTITUD LABORAL

ADMIN. DE RIESGO LABORAL	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	EMPRESA ADMINISTRADORA DE PENSION
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A	NUEVA EPS S.A	PORVENIR SA
FECHA INGRESO	**ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA**	**TIPO DE EVALUACIÓN**
2026-07-27	NIEGA	Preocupacional

ANTECEDENTES OFTALMOLOGICOS

¿Ha padecido enfermedades oculares?	¿Actualmente esta en tratamiento?	¿Tiene lentes formulados?
NO	NO	SI

Indicaciones de uso	Oficio / Solo filtro
¿Cuánto hace que le formularón los últimos lentes?	HACE 2 AÑOS

SIGNOS Y SINTOMAS OCULARES

SIGNOS Y SINTOMAS OCULARES	OTROS	OBSERVACIONES	
Sin Signos y sintomas oculares	NIEGA	NIEGA	

RESULTADOS

AGUDEZA VISUAL LEJANA OJO DERECHO	AGUDEZA VISUAL LEJANA OJO IZQUIERDO
20/20	20/20
VISION CERCANA OJO DERECHO	**VISION CERCANA OJO IZQUIERDO**
.50M	.50M

AGUDEZA VISUAL	STEREOPSIS	VISION COLOR
NORMAL	SECONDS 40"	NORMAL
FORIAS	**CAMPIMETRIA**	
NORMAL	NORMAL	

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

DIAGNOSTICO

RESULTADO DE LA VISIOMETRIA	EMETROPE

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	CONTROL VISUAL ANUAL

Leanys Correa Castilla

LEANYS CORREA CASTILLA
CC 1065616138
RM RES: 20-0193-03-02-09
AUXILIAR DE ENFERMERIA

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta



Paciente:	CINDI VANESSA LEAL AROCA			
Identificacion:	1065656759	**Sexo:**	F	
Direccion:	MZ 3 CASA 82 SANTORINI			
Ciudad:	VALLEDUPAR			
Teléfono:	3006410547	**Ocupación:**	No se tiene Informacion	
Est. Civil:	Union Libre	**Edad:**	32 años 11 meses y 6días	1993-08-16
Asegurador:	PARTICULAR VALLEDUPAR			
Acompañante:				
Responsable:				

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

No.: 7986605 **Edad del paciente:** 32 años 11 meses y 6días **Fecha de la nota:** 22/07/2026 12:42:14 p. m.

TIPO DE EVALUACION REALIZADA

EVALUACION OCUPACIONAL	Preocupacional

DATOS DEL TRABAJADOR

EMPRESA CONTRATANTE	**EMPRESA EN MISIÓN**	**CARGO**
N/A	N/A	ADMINISTRATIVA EN GESTION DOCUMENTAL
ÁREA O SECCIÓN		
ADMINISTRATIVA		

TIPO DE EXAMEN	**TIPO DE APTITUD**
PREOCUPACIONAL	APTITUD LABORAL

EMPRESA ADMIN. DE RIESGO LABORAL	**EMPRESA PROMOTORA DE SALUD**	**EMPRESA ADMINISTRADORA DE PENSION**
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A	NUEVA EPS S.A	PROTECCION SA

EXAMENES REALIZADOS

EXAMENES REALIZADOS	EVALUACIÓN MÉDICA CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR VISIOMETRIA
PRUEBAS DE LABORATORIO	
NO	

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	-CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL DE ACUERDO AL PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA -CONTROL VISUAL ANUAL.

RECOMENDACIONES SOBRE HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

RECOMENDACIONES	- FOMENTAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. - FOMENTAR LA PRACTICA DE PAUSAS ACTIVAS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL	SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

Fernando Garcia M.

FERNANDO DAVID GARCIA MARTINEZ
CC 77094532
RM TP 201355/2009 LIC SO: 3569/2015
MEDICINA LABORAL

Firma Paciente:

Cindy Ibala
1065656759.

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Cargo	
Título	
Nombre	CINDY VANESSA
Apellidos	LEAL AROCA
Fecha de Nacimiento	16/08/1993 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nivel Educativo	CompleteUniversity
Género	Female
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Sí ◉ No
Nombre y apellido	CINDY VANESSA LEAL AROCA
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	clealaroca@gmail.com
Teléfono	
Celular	3006410547

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?
Respuesta	valledupar
SMS para recuperar la contraseña	3006410547

Editar